

GÖTEBORGS UNIVERSITET

JMG, Institutionen för journalistik, medier och kommunikation

Julia Peric

Examensarbete i journalistik, 22,5 hp, HT/2011

Handledare: Anna Jaktén

Den inkontinenta förlossningsvården

INNEHÅLL

sida 3	Inledning
sida 4	Analys
sida 5	Metodrapport
sida 5	Förord
sida 5	Inledning
sida 5	Bakgrund
sida 7	Metod och materialanvändning
sida 8	Arbetets gång
sida 16	Bildrättigheter
sida 16	Ljud- och musikrättigheter
sida 16	Arbetsfördelning
sida 18	Målgrupp
sida 18	Tack
sida 19	Källförteckning
sida 22	Bilaga 1: Enkätfrågor
sida 23	Bilaga 2: Nyhetsmanus
sida 24	Bilaga 3: Reportagemanus

INLEDNING

Att föda barn är för många den största och lyckligaste händelsen i livet. Och förlossningen, väntas således vara lyckans crescendo. Tiden därefter ska fyllas med bebismys och utflykter. Men för vissa kvinnor går inte allt som det ska under förlossningen och utflykterna byts ut mot smärta och social isolering.

I reportaget ”*Den inkontinenta förlossningsvården*” hör du sanningen om ett stort mörkertal kvinnor som lever med sfinkterruptur. En sfinkterruptur är en förlossningsskada som uppstår när kvinnan spricker från underlivet till analen. Om diagnosen känns obekant är detta inget konstigt, det är få som talar om det. Många kvinnor drabbas, till följd av sin sfinkterruptur, av inkontinens, vilket betyder att de läcker gas, urin eller avföring – okontrollerat. De som drabbas känner skam och vissa kvinnor riskerar hellre att mista sin partner, sitt jobb och sina vänner än att berätta för någon om sina problem.

Men det här reportaget vågar berätta. Du hör de drabbades egna upplevelser och erfarenheter. Du hör representanter för förlossningsvården vittna om skador som inte ens professionella läkare upptäcker. Och på grund av det lider många kvinnor i tystnad.

Bakom inslaget står en kartläggning av hur 43 av Sveriges samtliga 44 kvinnokliniker med förlossningsverksamhet arbetar med eftervård av sfinkterrupturpatienter. En undersökning som ingen forskning eller journalistik hittills gjort. Det här reportaget bryter tystnaden om det stora mörkertalet kvinnor som lever ett sprucket liv.

ANALYS

Under tre och en halv månader har jag pratat med verksamhetschefer för kvinnokliniker, medicinskt ansvariga läkare, gynekologer, barnmorskor och många fler. Majoriteten har varit kvinnor. Kvinnor arbetandes i den offentliga vårdens tjänst. Det vill säga samhällets tjänst, vår tjänst. Och sin egen. Ingen av dessa kvinnor sa den där politiskt inkorrekta lilla meningen. Varken inspelningen var på eller avstängd. Det var först när jag intervjuade en manlig plastikkirurg mitt under pågående operation som orden yppade sig, ”... *om män hade fått barn då hade de krävt att bli reparerade i underlivet*”. Och kanske ligger det något i det. Kanske skulle det bli ramaskri om nästan 3000 män fick sina kön förstörda, blev inkontinenta och därefter medvetet isolerade sig från omvärlden för att slippa berätta, för att slippa skammen.

Kanske. Men nu är fallet inte så. Nu handlar det om kvinnor.

Granskningen omfattar 43 av Sveriges samtliga 44 kvinnokliniker som har förlossningsverksamhet. Klinikernas eftervård har satts under lupp och verksamhetschefer frågats ut i detaljerade telefonenkäter. Majoriteten av dessa svarar att de arbetar aktivt med att minska andelen förlossningar som slutar med en sfinkterruptur. Svar som ”*Vi jobbar ständigt med detta*”, och ”*Vi pratade på ett möte härom dagen om att vi måste minska procenten*” är inte ovanliga. Men om nu arbetet är så aktivt som klinikcheferna påstår, hur kommer det sig att det är så tyst om det? Hur kommer det sig att kvinnor, när de drabbas av sfinkterruptur, inte vet vad det är för något? Hur kommer det sig kvinnor inte vet att en sfinkterruptur är en skada de kan drabbas av när de ska föda? Bristen på information är ur det här perspektivet samma sak som bristen på uppmärksamhet. Om sfinkterrupturer, som hälsoproblem, hade fått mer utrymme hade kanske kvinnor vågat prata om sina problem, vågat höja rösten och vågat kräva en medicinsk utveckling och förbättring.

METODRAPPORT

FÖRORD

Detta examensarbete började som en arbetsgrupp på tre personer. Vi tre valde senare att dela upp oss och färdigställa slutprodukten på olika håll. Därför kommer jag att skriva ”vi” om de delar som vi producerat och analyserat tillsammans under arbetets gång. Och jag kommer således att skriva ”jag” om de delar som jag producerat på egen hand. Allt, från start till och med inhämtning av intervjuer, har gruppen producerat tillsammans. Därefter har jag producerat allt från analys av metodundersökning och redigering till det färdiga radioreportaget samt denna rapport. Detta är viktigt att veta och underlättar för fortsatt läsning av denna metodrapport.

INLEDNING

Att kvinnor föder barn är en känd och vanlig företeelse. Men att kvinnor kan drabbas av sfinkterruptur, en förlossningsskada som i värsta fall hindrar dem från att leva ett normalt och socialt liv, är varken lika känt eller vanligt. Jag har granskat den svenska förlossningsvården och dess brister. I rapporten presenteras en helt ny undersökning av hur många av Sveriges kvinnokliniker (som bedriver förlossningsverksamhet) som har skriftliga riktlinjer för eftervård av patienter som drabbats av sfinkterruptur till följd av en vaginal förlossning. Kartläggningen är unik och har aldrig tidigare granskats av svensk media. Det här reportaget granskar också en dold patientgrupp som varken media eller kvinnorna själva vågar prata om. Officiella siffror visar att 3000 kvinnor drabbades av en sfinkterruptur 2010. Att antalet skadade kvinnor där ute skulle vara 3000, tar den här granskningen också död på. I mitt reportage hör du både den drabbade kvinnan och representanter för förlossningsvården vittna om det stora mörkertalet kvinnor som lever ett begränsat liv med smärta och social isolering.

BAKGRUND

Själva ämnet förlossningsskador kom, efter mycket tystnad, nyligen upp på tapeten igen när SVT:s program Uppdrag granskning sände reportaget *”Spricka hela vägen”* den 30 november 2011. För examensarbetet var detta en chockartad kollision eftersom vi (jag och min dåvarande grupp) och Uppdrag granskning parallellt hade grävt i samma ämne och vinkel. Uppdrag granskning sände sitt program mitt under vår grävperiod och påverkade samt begränsade därför våra idéer och vinklar. Dock, var det en bekräftelse och ett bra betyg på att vi hade tänkt rätt och hade valt ett dittills undergranskat ämne. Det var ett gott tecken på att det faktiskt var på tiden att ämnet uppmärksammas på nytt. Uppdrag gransknings program medför alltid att nytt medialt ljus kastas över ett ämne vilket gör att ämnet får uppmärksamhet, i större eller mindre utsträckning.

Tidigare publicerat material (före Uppdrag gransknings program) sträcker sig generellt några år tillbaks i tiden. Enligt Medicinska födelseregistret (socialstyrelsens statistikdatabas på internet) låg andelen perinealbristningar (perinealbristningar är ett samlingsnamn på vaginala bristningar/sprickor som omfattar sfinkterrupturer men även fler och mildare grader av vaginala bristningar) vid vaginal förlossning på 1,7 procent för hela riket år 1990. Fram till mitten av 2000-talet ökar andelen perinealbristningar stadigt. Och 2004 har andelen mer än fördubblats (4.2 procent för hela riket). Det är också därefter som förlossningsskadorna tar plats i media. I artikeln *”Vem bryr sig om en fitta”*, i tidskriften Arena (nummer 5, 2005)

skriver Charlotte Eliasson om hur kvinnor tvingas acceptera sitt skadade, oigenkännliga kön efter förlossningen. Samma ämne (att en viss förlossningsteknik kan förhindra att kvinnor spricker) som Uppdrag granskning tagit upp nu (30 november 2011) skrev Yasmine El Rafie om i artikeln *"Födande kvinnors skador kan halveras"* i DN redan den 12 december 2005. Debatten breddas också med Susanna Haufmanns text *"Intimkirurgi"* i tidskriften *Doktorn* (nummer 3, 2005). Efter ett tag når problematiken med förlossningsskadorna även den stora massan när SVT:s Rapport sänder inslaget *"Svåra förlossningsskador fördubblade"* den 24 september 2006. Som svar på tal ägnar Svenska barnmorskeförbundets tidskrift *Jordemodern* plats åt förlossningsskador i två nummer (häfte 3 och 4) 2008. 2008 (den 27 augusti) blev också det år då Hanna Odelfors i *Dagens medicin* skrev att *"Förlossningsvården ses över i hela landet"*.

I spåren av det ökade antalet skador och den mediala uppmärksamheten dyker rapporter, studier och statistik upp. Vid Karolinska institutet publiceras, vårterminen 2010, litteraturstudien *"Komplikationer efter perinealbristning grad I och 2"*. Som jag inledande skrev i denna bakgrundstext kan man ta del av det *"Medicinska födelseregistret"* via Socialstyrelsen på nätet. Där hittar man som Socialstyrelsen själva beskriver det *"uppgifter om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn som rapporterats av mödrahälsovården, förlossningsvården och nyföddhetsvården till det medicinska födelseregistret sedan 1973. Syftet med registret är att det ska vara ett underlag för analys av risker för kvinnor och barn under graviditet, förlossning och nyföddhetsperioden"*. Dock ger Socialstyrelsens statistik inte någon bild av hur mängden skador (avsett sfinkterrupturer) förhåller sig på varje enskilt sjukhus. Det gör dock *Kvinnoklinikernas årsrapport*, av Svensk förening för obstetrik och gynekologi. Och, kanske som ett resultat av förlossningsskadornas sakta växande plats i debatten, så lägger föreningen ut sin rapport (för verksamhetsåret 2010) på nätet för första gången i oktober 2011. Tidigare samma år (den 26 maj 2011) skriver TT (och alla tidningar som använt sig av materialet, däribland GP) i en notis att det är *"Säkrare att föda hemma"*. Notisen grundar sig på en forskningsrapport från barnmorskan Helena Lindgren vid Sahlgrenska akademien. Den 3 september 2011 reagerar signaturen Aldrig mer CSK och skriver i en insändare till *Wärmlands folkblad*. Rubriken lyder *"Att föda barn år 2011 - sanktionerad tortyr"*.

Summa summarum så har den mediala och vetenskapliga uppmärksamheten tangerat varandra som ringar på vattnet. Det är utifrån den här bakgrunden som vi såg att det fattades en granskning av vad som händer med de drabbade kvinnorna sen. Vi valde därför att inrikta vår granskning på eftervården av de som drabbats av allvarliga förlossningsskador och riktlinjerna i just den vården. Genom att granska eftervården av de drabbade kan vi idag stolt säga att vi har kompletterat den tidigare mediala och vetenskapliga bevakningen. Idag (januari 2011) är förlossningsskador ett minst sagt uppmärksammat område både bland medier och bland medborgare.

METOD OCH MATERIALANVÄNDNING

Utöver givna journalistiska tillvägagångssätt (såsom skriftlig, muntlig och webbaserad informationssökning) har vi i huvudsak använt oss av tre metoder i granskningen.

Intervjuer – för bakgrund och materialinhämtning:

Vi har använt oss av intervjuer för att lära känna ämnet och dess bakgrund. Vi intervjuade författare till artiklar som vi hittade i vår inledande research för att lära oss mer och för att få reda på hur dessa skribenter gått tillväga, vilka de pratat med och för att få intressanta tips på andra vinklar än de som stått i artiklarna. Utöver researchsyftet har bandade intervjuer självklart varit vårt sätt att hämta in allt ljudmässigt material. Intervjuerna omfattar allt ifrån case, experter, ansvariga och yrkeskåren (vården) till miljö- och stämningssljud. Vi valde att göra radio som examensarbete och därmed ha den bandade intervjun som huvudredskap, eftersom vi ansåg att casens personliga berättelser kommer till sin rätt när rösten står i fokus. Intervjufrågorna skrev vi i den dåvarande gruppen tillsammans. Alla frågor anpassades till varje intervjuperson. Vi ställde även frågor som vi fann hos casen till professionen. Vilket gav oss en bra bild av hur olika intervjupersoner tänker kring varandras områden.

Telefonenkät – för den granskande undersökningen:

Med hjälp av en gemensamt utformad telefonenkät har vi kartlagt ny och intressant kunskap. Vi ringde till 43 av Sveriges samtliga 44 kvinnokliniker med förlossningsverksamhet och tog reda på hur de arbetar med uppföljning och eftervård av kvinnor som vid sin förlossning drabbats av perinealbristningar av grad tre och fyra (det vill säga sfinkterrupturer). Vi tog även reda på i vilken utsträckning de ansåg sig arbeta förebyggande (hur frekvent de använder perinealskydd) och vad klinikerna själva tycker om sitt arbete, det vill säga vad de tycker om antalet inträffade skador på deras klinik, 2010 (senaste helårsresultatet). Sist men inte minst kartlade vi vilka kliniker som har skriftliga riktlinjer för eftervård och uppföljning. Dessa skriftliga riktlinjer samlade vi in via mejl, post och genom att handgripligen hämta dem. Vi valde att göra telefonenkäter eftersom vi ville få in svaren så fort som möjligt. Vi drog slutsatsen att mejlenkäter riskerade att aldrig bli besvarade och att vi omöjligen skulle hinna åka och träffa alla personer vi ville ha enkätsvar från, både av tidsmässiga och avståndsmässiga skäl. Genom att ringa och prata med folk kunde vi också se till att ställa frågan en extra gång och folk förtydliga sina svar. Detta gynnade våra frågor eftersom svaren många gånger annars hade blivit fackspråkliga om vi till exempel hade haft en mejlenkät.

Sociala medier – för att hitta case:

Eftersom vi valt att granska ett ämne som få vågar tala om och som är så genant till sin natur att det klassas som tabu, så blev sociala medier ett givet instrument för oss. Vi skapade medlemskonton på olika forum om att vänta barn. Familjeliv.se var en av de sidor som genererade case. Vi läste även mamma-bloggar, där vi sökte kvinnor genom att kommentera deras inlägg, vilket också gav resultat. Vi fick på så vis kontakt med flertalet kvinnor som vi intervjuade på telefon (och som förblir anonyma i denna rapport). Två av kvinnorna gick med på att intervjuas och medverka i reportaget med namn. Vi har alltid sett till att inte röja någon kvinnas identitet som önskat vara anonym. I mitt reportage medverkar Karin (som godkänt att namnges vid endast förnamn) och Hillevi Caris Svensson (som är helt offentlig). Att vi använt oss av sociala medier tycker jag är viktigt. Vi har på så sätt anpassat vår granskning till hur de drabbade kommunicerar med varandra och gjort det till vårt journalistiska verktyg.

För mer detaljerad beskrivning av hur metoderna använts se ”Arbetets gång” och ”Bilaga 1”.

ARBETETS GÅNG

Mina slutprodukter (reportaget ”*Den inkontinenta förlossningsvården*” och nyheten ”*Stort mörkertal av förlossningsskador*”) handlar om att det finns ett stort mörkertal av kvinnor som lever med förlossningsskadan sfinkterruptur och dess konsekvenser. Jag drog själv slutsatser utifrån den analys jag gjorde av det metodiskt inhämtade materialet och valde min vinkel utifrån det. Från början när vi som grupp (Jag, Julia Collinius och Julia Kero) började arbeta med examensarbetet var vår idé om vad och hur vi skulle granska förlossningsskador i vården en helt annan. Både idé, vinkel och arbetets form har utvecklats och ändrats många gånger under de gångna månaderna. Jag har delat upp min beskrivning av arbetets gång i två faser; FAS 1: Den gemensamma startfasen (idé, research, kunskap, metod och intervjuer), och FAS 2: Den självständiga fasen (analys, slutsats, redigering, slutprodukter, metodrapport).

FAS 1: Den gemensamma startfasen (idé, research, kunskap, metod, intervjuer)

Från kursstarten den 6 oktober till onsdagen den 19 oktober hade vi flera olika ämnen som vi var intresserade av att gräva ner oss i. Men efter gruppgenomgången av våra tre idéskisser beslöt vi oss för att satsa på ämnet förlossningsskador. Valet att granska vården av förlossningsskador gjorde vi av två olika anledningar. Den första är att vi upplevde att det bland våra idéskisser var förlossningsskadorna som väckte mest intresse hos vår handledare Anna Jaktén, Åsa Nicander och de andra exjobbgrupperna. Samtliga tyckte att det var ett undergransat område, en del kände inte ens till att sådana skador existerade och vi fick många frågor som vi då inte kunde svara på. Detta uppmuntrade oss och gjorde oss mer nyfikna. Dock med viss reservation för att ämnet var lite avskräckande till sin natur. En del artiklar och bloggar vi läste gav rysningar och en del bilder på vaginala skador framkallade plötsliga panikskrik framför datorskärmen. Den andra anledningen till att vi slutligen beslöt oss för att granska ämnet förlossningsskador var helt enkelt genom en demokratisk omröstning där vi räckte upp handen för det ämne vi helst ville granska. Vinstlotten föll såklart på det tabubelagda och viktiga ämnet om underlivets öde.

Därefter började vi direkt att sätta oss in i ämnet genom att finkamma databaser (GUNDA, Mediearkivet och PubMed) och spontant söka på internet efter artiklar, rapporter, avhandlingar och allt som kunde ge oss mer kunskap. Vi skrev ut alla artiklar och läste igenom dem. Dessutom öppnade ett gemensamt google docs-konto dit vi mejlade allt av intresse. Nackdelen med att vi satt vid var sin dator, letade och löpande mejlade till docsen var att berget av mejl växte i en snabbare takt än vad vi hann läsa igenom. En del artiklar och rapporter blev därför bara lästa av den som själv hade mejlat det till docsen. En lärdom att dra av detta är att vi i slutet av dagen borde ha köpt lite mellanmål och satt oss ner och gemensamt sett till att vi läste allt vi hade hittat innan vi gick hem. Då hade vi fått en mer gemensam och, inom gruppen, överrännisstämmande helhetsbild. Att gå hem och säga att alla ska läsa det hemma samma kväll funkade inte fullt ut.

Dock satte vi oss en hel eftermiddag och tvingade oss själva till att klura ut vad vi egentligen ville ta reda på, hur vi skulle kunna göra det och formulerade detta i projektplanen. Apropå projektplanen så har alla deadlines, som tvingat oss att faktiskt sätta ord på vad det är vi håller på med, varit oerhört viktiga för att få arbetet att gå framåt och utvecklas.

För att få så goda förutsättningar som möjligt att fritt kunna diskutera, tjöta, vrida,

vända, säga emot, tänka om och tänka rätt bestämde vi oss snabbt för att sitta i ett arbetsrum på Globala studier i Hammarkullen. Sagt och gjort så var vi där. Detta var ett bra beslut för att vi inte behövde störa några andra studenter med våra diskussioner samt att vi hade tillgång till datorer, skrivare och telefon. Med hjälp av detta kom vi nog längre i ett tidigare skede än vad vi hade gjort om vi inte hade kunnat prata ohämmat om spruckna könsorgan och dess konsekvenser.

I det här skedet, en månad in i examensarbetet, var vi inställda på att granska hur många kvinnor som får subventionerad intimkirurgi efter en förlossningsskada. Samt hur många som nekas och på vilka grunder dessa kvinnor nekas. Vi ville granska detta med en geografisk avgränsning till Västra Götalands län, Region Skåne och Stockholms läns landsting. Denna vinkel som vi då eftersökte är i allra högsta grad intressant och frågorna berättigade men jag kan i efterhand säga att frågeställningen baserade sig för mycket på ett specifikt citat som vi läste i artikeln *"Vem bryr sig om en fitta?"* av Charlotte Eliasson i tidskriften Arena, nummer 5, 2005. I den artikeln fastnade vi för ett resonemang om att kvinnor nekas intimkirurgi i den offentliga vården för att vården anser att skälen skulle vara estetiska. Vem som gör gränsdragningen av vad som är estetiska och funktionella skäl och var de gränserna dras väckte debatt, förargelse och engagemang i vår arbetsgrupp. Men som sagt, då en månad in i examensarbetet när vi hade den inriktningen, så ringde vi till Socialstyrelsen och fick reda på att varje förlossning journalförs och att Sjukhusen anmäler de skador som är journalförda. Därmed visste vi att vi kunde ta reda på hur stor omfattningen av skador är. Vi blev hänvisade till Medicinska födelseregistret på Socialstyrelsens hemsida där vi upptäckte att statistiken över förlossningsskadorna bara sträckte sig fram till 2008. Vi ringde också Västra Götalands landsting för att få reda på hur systemet fungerar gällande rekonstruktion av underlivet efter förlossningsskada och för att höra om länet hade färskare siffror än Socialstyrelsen över perinealbristningar. Landstingspersonalen var svår att få tag i och dåliga på att ringa upp, så det slutade mer eller mindre i en vändzon. Vi fick dock veta att de inte kunde hjälpa oss med några färskare siffror över skadorna.

Lite låsta på statistikfronten, som var bärande för den då tänka vinkeln, så ägnade vi oss parallellt åt att leta efter case. Vi läste mamma-bloggar och chattforum som familjeliv.se, babyvarlden.se, babycenter.com, alltomforaldrar.se, minbebis.com, flashback.com och upptäckte att många kvinnor var förtvivlade över sina förlossningsskador och dess konsekvenser. Vi skapade konton på de forum som krävde medlemskap och skrev kommentarer på de kvinnors inlägg som handlade om att de hade drabbats av en allvarig förlossningsskada, ibland även med inkontinens som följd. Där skrev vi i korta drag precis vad vi arbetade med och att vi ville komma i kontakt med kvinnor som ville berätta om sina upplevelser. Vi skapade också en e-mail med ett fingerat namn som vi lämnade som kontaktadress till oss för kvinnorna att höra av sig till. På så vis fick vi kontakt med flertalet kvinnor som drabbats av olika grader av förlossningsskador. De flesta ville vara anonyma och inte medverka i något reportage. Vi fick ganska snabbt tag i två case på det sättet och fortsatte löpande med en till två veckors mellanrum att hitta fler. Totalt under arbetets gång fick vi kontakt med sex drabbade kvinnor, varav tre delade med sig av sin historia på telefon. Två av dessa träffade vi och gjorde bandade intervjuer med till reportaget.

Vi bestämde oss för att övergå från att läsa oss till kunskap till att börja prata med folk och började göra researchintervjuer för att förstå hur förlossningsvården och allt runt

omkring fungerar. Vi mejlade tidningen Ottars redaktör Carolina Hemlin (som skrev *"Sprucket sexliv"* i tidskriften Arena, nummer 5, 2010) och bokade en telefonintervju för bakgrundsfakta till vår undersökning. Vi intervjuade Karin Gottvall på Socialstyrelsens Medicinska födelseregister om förekomsten och förlossningsskadestatistiken. Med anledning av vår valda geografiska avgränsning mejlade vi Stockholms läns landsting, för att återigen försöka hitta färskare siffror över perinealbristningar än Socialstyrelsen, men får av handläggaren Eva Hansson Risberg veta att *"SLL har ingen statistik om perinealbristningar. Dessa uppgifter rapporterar sjukhusen direkt till Medicinska födelseregistret, Socialstyrelsen. ... statistik för 2010 eller i vissa fall 2009 lär komma sent i november. Uppgifter för 2011 sammanställs först efter årets slut. Du kan prova med att ringa direkt till de olika sjukhusen och fråga efter aktuella siffror"*. Detta var en motgång då vi inte kunde få fram några färskare siffror över andelen förlossningsskador (dvs. perinealbristningar) än från 2008. Vi letade dock fortfarande efter siffror över hur många som får offentligt subventionerad intimkirurgi. Men inte heller från forskarhåll kunde vi få siffror på det vi sökte. Sara Johnsdotter, professor vid Malmö högskola, svarar att *"Mig veterligen finns det ingen statistik på det du intresserar dig för (intimkirurgi överhuvudtaget registreras inte systematiskt utifrån diagnoskodsystemet)"*. Och då satt vi lite i skiten.

I det här skedet kantades arbetet av mycket diskussion kring vinkel och framförallt görbarhet. Vi beslöt dock att göra ännu en kraftanstängning för att försöka kartlägga var någonstans vi kunde få tag på och om det överhuvudtaget gick att få tag på siffror/statistik över perinealbristningar och intimkirurgi på grund av förlossningsskador, samt subventionerade sådana.

Vi tar återigen kontakt med SLL, som hänvisar oss till Södersjukhuset som inte kan ge några bättre svar än de vi redan har. Vi vänder oss till Sahlgrenskas pressjour som letar febrilt efter våra svar. Västra Götaland regionens regionchefsläkare Claes Håkan Björklund meddelar att man får gå via enskilda sjukhus för att få fram uppgifter och att det inte på regionalnivå finns statistik över subventionerade operationer.

Efter ännu en motgång ifrågasätter vi vår vinkel. Och det här är en av de stora vändpunkterna under arbetets gång. Det blev för svårt att ta reda på hur många som egentligen beviljas subventionerad intimkirurgi, eftersom detta inte registreras någonstans. Alternativet är att själva göra den undersökningen men vi inser att det aldrig ryms inom våra tidsramar för examensarbetet. Vi bestämde oss istället för att lämna vår ursprungliga metod (att söka rätt på statistiken) för att istället göra telefonenkäter, med chefläkare, barnmorskor och intimkirurger, för att kunna få en bild av hur systemet ser ut för kvinnor med allvarliga förlossningsskador. Våra nya vinklar blev; förebyggande, eftervård och riktlinjer. Våra nya frågor till de respektive vinklarna blev; man kan förebygga perinealsbristningar med hjälp av en förlossningsteknik (perinealskydd) men gör man verkligen det på sjukhusen? Följer sjukhusen upp dem kvinnor som drabbas och ger dem adekvat vård? Finns det överhuvudtaget någon strategi för att hjälpa dem som råkat ut för allvarliga bristningar och hur ser de strategierna i så fall ut? Vi hade här funnit flera nya intressanta frågor, dock var de för många och vi behövde smälta av vårt tänk. Ett problem vi fortsatte att ha. Dock blev frågan om perinealskydd lite av vårt skötebarn under den härifrån fortsatta granskningen.

För detta behöver vi dock fortfarande statistik över perinealbristningar och det hade

vi, men gamla, från 2008. Statistik över perinealbristningar 2010 samt prognos inför 2011 ska finnas på respektive sjukhus, fick vi veta av Socialstyrelsen. Vi bestämde oss för att be om siffrorna från 2010 samt en prognos från 2011 från respektive sjukhus på egen hand. Telefonenkäterna skulle bli en viktig metod som vi behövde genomföra så fort som möjligt.

Vi var i ett skede där vi hade lämnat vår ursprungliga plan, och snabbt varit tvungna att komma på en ny och vi visste egentligen inte vad som var rätt eller fel väg att gå. Vi satte oss ner och skrev utkast på enkätfrågor till tre yrkeskategorier; chefläkare, barnmorskor och intimkirurger, mejlade dessa till vår handledare Anna Jaktén och statistikläraren Jan Strid. Vi behövde hjälp och vägledning. Sådär i efterhand är det svårt att säga om vi skulle ha gjort något annorlunda. Det är bra att vi gjorde den där extra kraftanstängningen för att ta reda på om vi kunde få tag i den statistik vi sökte. På så sätt gav vi inte upp vår idé förrän vi verkligen var säkra på att den inte var genomförbar, inomramarna för examensarbetet. Det vi däremot borde reflekterat över mer var att vi kunde ha börjat ringa direkt till sjukhusen och frågat hur deras rutiner ser ut när det gäller redovisning av siffror och vad de redovisar. Då hade vi kanske redan från börjat fått veta att det inte dokumenteras om olika intimkirurgiska ingrepp är subventionerade eller inte. Kanske hade vi då kunnat släppa den ursprungliga idén i ett tidigare stadium och lagt mer energi på att hitta en ny vinkel. Vem vet.

Efter att ha pratat med både Anna Jaktén och Jan Strid gjorde vi en ny geografisk avgränsning som bara omfattade Västra Götaland. Detta var en lättnad då det varit svårt för oss att komma fram till hur stor undersökning som är rimlig att ge sig på. Vi hade helt enkelt tagit oss vatten över huvudet om vi hade gjort enkäter med alla tre yrkeskategorier i alla tre länen. Och efter detta följer äntligen lite medgång.

Vi gjorde ännu en telefonintervju med en artikelförfattare, denna gång med Charlotte Eliasson som skrev *"Vem bryr sig om en fitta"*, i tidskriften Arena (nummer 5, 2005). Vi ringde och intervjuade barnmorskan Katarina Heed för att lära oss om hur barnmorskor arbetar med kvinnan före, under och efter förlossningen. Katarina Heed lär oss även fatta systemet på sjukhusen i Göteborg, alltså hur gången ser ut för en födande kvinna från förlossning, till sjukgymnast, till MVC och så vidare. Men vi fick också napp på två av de case som vi hittade och kontaktade via bloggar och forum. De går med på att intervjuas och bandas på telefon och att eventuellt träffas vid ett senare tillfälle. En av dem vill inte medverka i radioreportage medan den andra kan framträda med namn men dock bor i ett annat land. Därför fortsätter vi ändå leta efter case via forum och bloggar. Då, torsdag den 17 november, var vi en och en halv månad in i examensarbetets gång och stötte vi på nästa stora motgång och vändpunkt. När vi som vanligt letade efter case på bloggar och forum upptäckte vi till vår förskräckelse att en kvinna vid namn Erica Larsson på SVT också letade likadana case. Efter lite research visade det sig att Erica Larsson jobbade för Uppdrag granskning på redaktionen i Luleå. Här fick vi lite panik och blev stressade. Vi ringde vår handledare Anna Jaktén som föreslog att vi skulle ringa upp reportern. Sagt och gjort. Erica Larsson (hade lämnat sitt nummer på en bloggsida) och det visade sig att programmet som handlar om sfinkterrupturer och kvinnornas upplevelser skulle sändas 30 november. Det vill säga långt före vår egen deadline den 5 januari. Programmet var vinklat på att den förebyggande förlossningstekniken, perinealskyddet, används mer frekvent i Finland och Norge än i Sverige. Erica Larsson tipsade oss också om att vi skulle fortsätta inrikta oss på riktlinjer för perinealskydd och eftervård av kvinnor som drabbats av

perinealbristningar. Paniken lugnade sig en aning efter tipset från Uppdrag gransknings reporter.

Men det känslomässiga kaoset fortsatte genom att vi på nätet plötsligt hittade ”Kvinnoklinikernas årsrapport för verksamhetsåret 2010” från SFOG (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi). Där fanns statistik från alla svenska sjukhusens kvinnokliniker som har förlossningsverksamhet. Vi hade äntligen hittat siffror över hur många vaginala förlossningar det skedde 2010 på respektive sjukhus och hur många av dessa som slutade med en sfinkterruptur (eller perinealbristning av grad 3 och 4, om man så vill). Detta var och är, i skrivande stund, fortfarande de färskaste officiella siffrorna som finns.

Trots den överhängande faran med Uppdrag granskning och den tänkbara massmediala uppmärksamhet programmet kunde ge kändes det okej. Vi övergav de ”gamla” enkäterna, och bestämde oss för en enda ny. Vi ville skapa oss en uppfattning om de olika förlossningsklinikernas riktlinjer. Därför byggde vi enkäten på sex huvudfrågor (se hela enkäten som bilaga i denna rapport):

1. Har ni skriftligt utarbetade riktlinjer specifikt för förebyggande av perinealbristningar grad tre och fyra?
2. Har ni skriftligt utarbetade riktlinjer specifikt för användning av perinealskydd?
3. Har ni ett utarbetat skriftligt dokument med riktlinjer specifikt för uppföljning av patienter med perinealbristningar grad tre och fyra?
4. Har ni förändrat något i era rutiner sedan antalet perinealbristningar av grad tre och fyra uppmärksammades 2004?
5. I statistiken från 2010, över perinealbristningar av grad 3 och 4 ligger ni på X % (placering nr X i listan). Vad säger du om det?
6. Skulle du kunna mejla dokumenten till mig?

Vi beslöt oss för att ändra den geografiska avgränsningen för den metodiska undersökningen (telefonenkäten) en sista gång. Den här gången beslöt vi oss för att göra en rikstäckande telefonenkät med 43 av Sveriges samtliga 44 kvinnokliniker med förlossningsverksamhet. Vi valde just dessa eftersom det var dessa 43 som i ”Kvinnoklinikernas årsrapport för verksamhetsåret 2010” uppgav hur stor andel sfinkterrupturer de hade. Vi ringer Gerald Wallsterson på SFOG som svarar för rapporten, och säkerställer att statistiken är kvalitetssäkrad och kollar att det stämmer att det verkligen är 44 kvinnokliniker som har förlossningsverksamhet i Sverige. Det sistnämnda får vi även bekräftat från Henrik Nordin, statistiksamordnare på Socialstyrelsen. Uppgiften är därmed kollad med två av varandra oberoende källor.

Nåväl, vi hade en ny plan och vinkel. Vi stötte och blötte enkätfrågor och formuleringar med varandra och med Jan Strid tills vi var nöjda. Vi delade så jämnt som möjligt upp de 43 sjukhusen mellan oss och började ringa runt till verksamhetschefer för kvinnoklinikerna. Därmed hade vi äntligen (en och en halv månad in i examensarbetet) påbörjat inhämtningen av materialet som ligger till grund för det resultat som presenteras i radioreportaget ”Den inkontinenta förlossningsvården” och nyhetsinslaget ”Stort mörkertal av förlossningsskador”.

Utifrån vår outtalade ambition att vilja göra en heltäckande granskning (som omfattar hela Sverige) så var den sista avgränsningen den förnuftigaste och mest genomförbara.

När vi kom fram till den lättade en stor sten från våra axlar. Vi insåg att vi faktiskt inte hade haft en chans att hinna göra tre riktigt stora telefonenkäter. Senare kom det att visa sig att det var svårt nog att hinna göra den enda som vi faktiskt gjorde. Detta på grund av att verksamhetscheferna var väldigt upptagna och svårtillgängliga, och senare också att julen inföll och folk gick på semester. En lärdom att dra av detta är att vi såklart borde ha satt igång med inhämtningen av materialet mycket tidigare (låt säga runt vecka 43-44), förutsatt att vi skulle veta vad vi höll på med. Anna Jaktén fortsatte dock att påpeka att vi faktiskt låg i fas med arbetet. Vilket var betryggande men svårt att se under den stressen vi befann oss i då.

När vi visste vad vi höll på med och att vi skulle håva in alla enkätsvar och riktlinjer tog vi en mental paus och sammanfattade läget. Vi bestämde att vårt tänkta publiceringsforum och vår målgrupp var programmet Kropp och Själ i P1. Sedan listade vi på en whiteboard vad vi behövde göra. Viktigast var att boka intervjuer och dela upp dem mellan oss. Detta var vecka 46. Helgen vecka 47 skulle vi alla tre resa iväg för att hälsa på släkt och vänner. Jag och Julia Collinius skulle till Stockholm och Julia Kero till Luleå. Vi insåg efter ett handledarmöte med vår handledare Anna Jaktén att resan var det ultimata och kanske enda tillfället att börja göra flera av arbetets bärande intervjuer. Både för att tiden hade tickat iväg och vi inte hade en enda intervju på fältet, och för att intervjupersonerna riskerade att inte ha tid med oss om vi väntat längre då julen stod för dörren. Och så blev det. Resten av veckan fram till resan ägnade vi åt att ihärdigt ringa och boka intervjuer med folk, formulera de rätta frågorna, göra två bandade telefonintervjuer med två olika case, varav en av dem går med på att träffa oss för en ”riktig” intervju i hemmamiljö, i Östra Sverige. Och slutligen ringde vi självständigt på våra i telefonenkäter i mån av tid.

Vecka 48, res- och intervjuveckan, kom snabbt. Det var förmodligen den intensivaste veckan vi hade tillsammans. Måndag till torsdag var smockade med intervjuer i Luleå, Stockholm, Västerås och Göteborg. Totalt avverkade vi tio intervjuer på fyra dagar. Det som var bra med detta var att man kände sig mer delaktig i sitt eget arbete och att man vann större förståelse för hur både de drabbade och representanter för förlossningsvården tänkte kring våra frågor och hur det i praktiken ser ut.

Samma vecka när vi hade kommit tillbaka till Göteborg sände Uppdrag granskning sitt reportage *”Spricka hela vägen”* den 30 november 2011. Vi tittade på programmet och insåg att i princip allt Uppdrag granskning nämnde var sådant som vi redan visste och själva hade tagit reda på. Vi tog vara på kommentarerna i chatten efter programmet och utläste att tittarna, däribland drabbade, saknade en mer nyanserad bild av verkligheten. Detta kunde bli vår lucka att fylla i för att inte krocka med vad Uppdrag granskning redan hade publicerat. Efter programmet hade vi handledarmöte med Anna Jaktén och kunde konstatera att arbetet gick framåt trots att vi inte längre hade ett undergranskat ämne/examensarbete att chocka varken redaktörer eller lyssnare med. Att vårt reportage skulle bli svårsålt konstaterade även Kristina Hedberg, reporter på Uppdrag granskning, under vårt redaktörmöte på SVT.

Vi gjorde den veckan (vecka 49) en sista caseintervju med en kvinna hemma hos en av oss. Det var en väldigt givande intervju och casets historia levererade delvis en helt ny och väldigt intressant vinkel. En vinkel som inte var avverkad av Uppdrag gransknings program.

Måndag vecka 50, bara en vecka före första-utkastets deadline, blev den sista och största vändpunkten under hela examensarbetet. Den dagen träffades vi på JMG och tankade in allt inspelat material i Digas. Våra tankar och åsikter om det fortsatta arbetet gick den här dagen helt isär inom gruppen. Vi delade därför upp gruppen i två olika grupper. Jag, Julia Peric, arbetade i fortsättningen själv och de andra fortsatte att arbeta tillsammans. I det här skedet var redigeringen alltså inte påbörjad och vi hade fortfarande inte gjort klart telefonenkäten utan hade många sjukhus kvar att ringa och många riktlinjer kvar att samla in. Den resterande perioden av examensarbetet bestod då av deadline för första-utkast, skrivning av metodrapport, rad för rad-genomgång, deadline för examensarbete, opponering och examination. Resten av veckan gick åt till att, med hjälp av vår handledare Anna Jaktén, skapa nya former för att båda de nya grupperna skulle kunna fortsätta utforma sina nu separata radioreportage/examensarbeten på bästa möjliga sätt. Här tar beskrivningen av den gemensamma fasen av arbetets gång slut. Istället tar den självständiga fasen vid, och allt resterande arbete är alltså utfört av mig, Julia Peric.

FAS 2: Den självständiga fasen (analys, slutsats, redigering, slutprodukt, metodrapport)

Som sagt gick en del tid under vecka 50 åt till skapa nya arbetsformer för de båda nya grupperna. För att kunna beskriva mitt fortsatta arbete behöver jag redovisa de nya förutsättningarna. Vi kom överens om att:

1. Att alla hade tillgång till allt arbete vi gjort fram till måndagen den 12 december, såväl intervjuer som research. Alla hade rätt att använda samtliga intervjuer till examensarbetena.
2. Att vi delade upp gruppen innebar att alla hade rätt att göra sina egna tolkningar, val och vinklingar utifrån det arbete som vi hade gjort dittills.
3. Alla hade tillgång till det vi gjort gemensamt och som låg på google docs, som enkät och loggbok. Vi åtog oss att färdigställa vår undersökning så snart som möjligt och lägga in resterande enkätsvar där.
4. Att när det gäller upphovsrätt utanför skolan, alltså om vi vill sälja materialet till en redaktion så gäller att var och en äger upphovsrätten till de intervjuer denne själv har gjort. Man får inte använda varandras intervjuer utanför skolan såvida de andra inte gett skriftlig tillåtelse. Däremot har alla rätt till vår gemensamma research.

Därmed blev den självklara uppgiften att ringa till de 14 sjukhusen som jag hade ansvar för i telefonenkäten. Jag ägnade i stort sett all tid åt att jaga verksamhetschefer för olika kvinnokliniker med förlossningsverksamhet, ställa enkätfrågorna, häva in klinikernas skriftliga riktlinjer via mejl och post, samt omgående lägga upp allt i google docs. Veckan innan jul hade jag samlat in enkätsvar från samtliga av mina 14 kliniker. När julen inföll hade jag dock fortfarande tre kvinnokliniker som inte hade skickat sina skriftliga riktlinjer. Jag ringde och mejlade flera gånger och påminde verksamhetscheferna om att skicka sina riktlinjer. Problem jag stötte på här var att personerna jag ville nå var extremt upptagna i sitt arbete, ständigt på möten eller bortresta i tjänsten. Det gjorde att arbetet blev väldigt tidskrävande. Några få verksamhetschefer var skeptiska till att skicka sina riktlinjer och en

person ville att jag skulle intyga vem jag var och i vilket syfte jag sökte dokumenten. De var inte ovilliga att skicka dokumenten utan egentligen bara lite skeptiska så jag valde att mejla min önskan om vilka dokument jag ville ha. Jag skrev mitt namn, vilken utbildning och skola jag gjorde detta examensarbete vid och hänvisade till min handledare och kursansvarig lärare för eventuella frågor. Därefter fick jag riktlinjerna skickade till mig. Samtidigt som jag ägnade tiden till att samla in enkätaterialet hade jag en överhängande deadline för första utkastet. Detta resulterade i att jag bara la en dag på att göra en skriftlig redigeringsplan/första utkast. Jag lämnade därför inte in något ljud till första utkastets deadline. Det hade varit bra att sätta igång med ljudredigeringen och jag hade självklart velat lämna in ljud (istället för enbart en skriftlig redigeringsplan) till deadline men såhär i efterhand skulle jag inte prioriterat annorlunda. För att färdigställa telefonenkäten var jag beroende av att få tag i människor och vinna deras uppmärksamhet (ett som sagt tidskrävande arbete). För utkastet behövde jag enbart mig själv. Därför är jag nöjd med hur jag valde att prioritera.

Veckan innan jul var intensiv. Jag fortsatte att påminna verksamhetschefer om riktlinjer. Jag började med att analysera resultatet av telefonenkäterna. Här uppstod ett problem. På grund av en miss i kommunikationen mellan grupperna blev tolkningen av enkäten något fördröjd. På detta vis gick jag miste om intressanta slutsatser eftersom jag inte kunde styrka dem i undersökningen. Istället tog jag ett grepp om det material jag hade och litade på. Jag analyserade det och valde att vinkla mitt reportage på att varken vården eller någon annan vet hur många kvinnor som egentligen lider av förlossningsskadan sfinkterruptur. Jag kollade mina siffror och slutsatser med SFOG (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi) men även med JMG:s statistikexpert Jan Strid. Därefter redigerade jag ihop ett i väldigt skralt utkast i Digas som jag diskuterade med Anna Jaktén under min sluthandledning den 22 december.

Med hjälp av tipsen från handledningen valde jag att göra två slutprodukter, samt genre och målgrupp för dessa. Jag bestämde mig för att göra ett nyhetsinslag (till lunchkot i Sveriges Radio, P1) och ett reportage (till Studio Ett i Sveriges Radio, P1). Sedan redigerade jag! Jag lät kurskamrater och ickejournaler, vänner och familj lyssna och tycka till om reportaget. (Nyhetsinslaget kände jag mig redan säker på). Detta gav verkligen perspektiv då jag blev mer och mer blind för huruvida mitt reportage var tydligt nog för en icke insatt lyssnare. Jag tog därför lite paus från ljudredigeringen och började skriva metodrapporten. Sedan redigerade jag i stort sett klart mitt reportage och nyhetsinslag. Under rad för rad-genomgången gav jag respons på en annan grupps tidningsartiklar och fick tillbaka respons på mitt radioreportage och nyhetsinslag av den gruppen samt av Anna Jaktén. Därefter kunde jag med nya öron redigera klart mina inslag för sista gången! Metodrapporten i sig var ett hästjobb av att återge, analysera och reflektera över tre och en halv månads oavbrutet arbete. Det tog totalt sju dagar. Tungt men nyttigt.

BILDRÄTTIGHETER

Vi har fotat själva. Julia Peric och Julia Kero står för upphovsrätten till sina respektive bilder.

LJUD- OCH MUSIKRÄTTIGHETER

Intervju med Margareta Hammarström: Julia Peric.

Intervjuer med Karin, Hillevi Caris Svensson och Lars Ladfors: Julia Kero.

I reportaget *"Den inkontinenta förlossningsvården"* använder jag Ludwig van Beethovens musikstycke *"Månskenssonaten"* från 1801. Användningen sker i enlighet med lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk. Se hänvisningar nedan.

4 Kap. Upphovsrättens giltighet

43 § Upphovsrätt till ett verk gäller intill utgången av sjuttionde året efter det år då upphovsmannen avled eller, i fråga om verk som avses i 6 §, efter den sist avlidne upphovsmannens dödsår.

Upphovsrätt till ett filmverk gäller i stället intill utgången av sjuttionde året efter dödsåret för den sist avlidne av huvudregissören, manusförfattaren, dialogförfattaren och kompositören av musik som har skapats speciellt för verket. Lag (1995:1273).

Offentliga framföranden

21 § Var och en får, med undantag för filmverk och sceniska verk, framföra offentliggjorda verk offentligt

1. vid tillfällen där framförandet av sådana verk inte är det huvudsakliga, tillträdet är avgiftsfritt och anordnandet sker utan förvärvssyfte samt
2. vid undervisning eller gudstjänst.

ARBETSFÖRDELNING

Eftersom detta examensarbete började som ett grupparbete på tre personer, och slutade som ett enmansjobb, är det inte helt lätt att ge en exakt bild av hur arbetsfördelningen sett ut. Jag beskriver därför arbetsfördelningen, precis som jag gjorde med *"Arbetets gång"*, i två faser. FAS 1: Den gemensamma startfasen (idé, research, kunskap, metod och intervjuer), och FAS 2: Den självständiga fasen (analys, slutsats, redigering, slutprodukt, metodrapport).

FAS 1: Den gemensamma startfasen (idé, research, kunskap, metod och intervjuer)

Från kursstarten den 6 oktober till och med den 12 december arbetade vi som en grupp där vi diskuterade allt arbete gemensamt och hade ett tätt samarbete. Alla beslut om vad och hur vi skulle göra därefter gick upp för debatt innan något gjordes. Därmed har idé, research, kunskapsinsamling, metod och intervjuer arbetats fram gemensamt. När vi intervjuat folk på plats har vi medverkat alla tre, eller åtminstone två, genom att ställa frågor till intervjupersonen. Dock har vi varit dåliga på att fördela intervjuerna jämnt emellan oss, vilket gör att det på pappret faller ut som en snedfördelning. Detta borde vi tänkt på mer.

Foto: Julia Peric och Julia Kero.

Case: Alla tre gruppmedlemmar har letat efter case och haft mejlkontakt med case. Julia Kero har skött den muntliga kontakten med casen fram till intervjumötena.

Bakgrundsintervjuer (telefon):

1/11-2011 - Karin Gottvall, Julia Kero.
 2/11-2011 - Carolina Hemlin, Julia Collinius.
 9/11-2011 - Charlotte Eliasson, Julia Kero.
 9/11-2011 - Katarina Heed, Julia Peric.
 9/11-2011 - Henrik Nordin, Julia Peric.

Intervjuer (personliga möten):

28/11-2011 - Margareta Hammarström, Julia Peric.
 28/11-2011 - Jan Jernbeck, Julia Peric.
 28/11-2011 - Gudrun Abascal, Julia Collinius.
 28/11-2011 - Ann Olsson, Julia Collinius.
 28/11-2011 - Natasha Koivumaa, Julia Kero.
 29/11-2011 - Hillevi Caris Svensson, Julia Kero.
 30/11-2011 - Karin, Julia Kero.
 1/12-2011 - Silvana Häggqvist, Julia Kero.
 1/12-2011 - Lars Ladfors, Julia Kero.
 8/12-2011 - Josefine Ottersten, intervju vid ankomst Julia Peric, huvudintervju Julia Kero.

Metod: Vi har gemensamt valt och arbetat fram vår metod att använda telefonenkäter. Under utformningen av telefonenkäten har jag, utöver de gemensamma diskussionerna och besluten, själv ansvarat för att ringa och kolla att siffror, statistik och bortfall är korrekt, med olika av varandra oberoende källor. Jag har även fört gruppens samtal med Jan Strid för att kontrollera och diskutera metoden och enkätfrågorna, samt arbetat fram enstaka nya frågor. Jag byggde även det Excel-dokument som vi skulle föra in telefonenkätens svar i. Denna kom dock senare aldrig att användas eftersom vi ändrade arbetets inriktning efter att Uppdrag granskning sände ett jobb som tvingade oss att byta vinkel.

Telefonenkäter:

Telefonenkäten bestod i att ringa totalt 43 olika sjukhus kvinnokliniker. Dessa sjukhus delade jag så jämnt som möjligt upp; Julia Peric (14), Julia Collinius (14) och Julia Kero (15). Uppdelningen gjorde jag genom att rakt av dela upp listan på sida 24 i ”*Kvinnoklinikernas årsrapport för verksamhetsåret 2010*” på tre delar. Jag själv tog ansvar för att ringa de 14 översta sjukhusen i listan, som vi bedömde skulle bli svårare att handskas med då deras statistik var sämst i Sverige. På samma sätt ansåg vi de 14 sjukhusen i mitten på listan vara hanterbara då de inte behövde vara lika rädda för att stå till svars för lika dåliga siffror i statistiken. Slutligen ansåg vi de 15 sista sjukhusen i listan bli relativt enkla då deras statistik var bland de bästa i Sverige. Som vi misstänkte låg det en hel del sanning i det bemötande vi hade förväntat oss av telefonenkäterna. Vi hann dock inte klart med att få alla våra enkäter besvarade innan till vi delade på gruppen. Vi fortsatte, alla tre, att ringa till sjukhusen fast i nya grupper för att enligt överenskommelse göra klart enkäterna så fort som möjligt. Veckan innan jul var enkätfrågorna till mina sjukhus besvarade vilket jag också redovisade och gjorde tillgängligt för alla tre på vår gemensamma google-docs. Dock är flera av telefonenkäterna med resterande sjukhus fortfarande inte klara (alternativt är enkätsvaren inte redovisade/uppdaterade i den gemensamma google-docs).

FAS 2: Den självständiga fasen (analys, slutsats, redigering, slutprodukt, metodrapport)

Allt från och med den 12 december har jag gjort själv. Det arbetet följer här.

Jag samlade in mina sjukhus resterande enkätsvar, skriftliga riktlinjer samt namn, titel och

telefonnummer till de jag hade pratat med. Jag gjorde mitt material tillgängligt för de andra två genom att scanna, mejla och lägga upp allt i google-docs. Jag analyserade allt tillgängligt material från metodundersökningen med telefonenkäterna och drog slutsatser och bestämde vinkel på mina radioinslag. Jag valde genre och målgrupp och bestämde mig för att göra två slutprodukter, ett nyhetsinslag (till lunchekot i Sveriges Radio, P1) och ett reportage (till Studio Ett i Sveriges Radio, P1). Jag gjorde ett skriftligt manus/ redigeringsplan som jag lämnade in till första utkastets deadline. Jag tog en extra vända med att kolla att siffror och slutsatser stämde. Därefter redigerade jag båda inslagen (nyheten och reportaget). Under redigeringen lät jag båda mina case ta del av citat och mina prator om dem för att utesluta faktafel och säkerställa att mina källor kände sig trygga med informationen jag ger om dem i pratorna. Redigeringen resulterade i reportaget ”*Den inkontinenta förlossningsvården*” och nyhetsinslaget ”*Stort mörkertal av förlossningsskador*”. Sist och absolut inte minst skrev jag denna metodrapport.

MÅLGRUPP

Jag har producerat ett radioreportage (13,59 minuter) till Studio Ett, och ett nyhetsinslag (2,05 minuter) till lunchekot, båda i Sveriges Radio P1. Studio Etts vanligaste programlängd ligger mellan 6 till 9 minuter, men det är inte ovanligt med längre reportage. Exempel på det är det 22,38 minuter långa ”*Sandviks flytt av huvudkontoret till Stockholm*” (publicerat 30.12.2011, klockan 11:02). Samt det 19,20 minuter långa ”*Fenomenet Silvio Berlusconi*” (publicerat: 29.12.2011, klockan 10:46).

Varför Studio Ett? Jo, Studio Ett ”*rör sig oftast nära nyhetshändelserna, men gör också ibland tvära kast bort från nyhetsfloden och till det mer udda och personligt berättade*”. Programmet vill att lyssnare ska ”*få inblickar i andra människors villkor*”. Mitt reportage ska beröra och bygga på ett casedrivet personligt berättande i kombination med professionens reflektioner och mitt eget granskningsresultat. Därför tror jag att det skulle passa Studio Ett. Jag tänker att reportaget bör sändas i sin helhet vid ett tillfälle. Likaså gäller nyhetsinslaget.

TACK

Ett stort tack till min handledare Anna Jaktén. Tack även till Karin och Hillevi Caris Svensson som genom att prata om sina erfarenheter och upplevelser hjälpt till att belysa ett oerhört viktigt kvinnohälsoproblem.

KÄLLFÖRTECKNING

CITERADE MUNTliga KÄLLOR:

Caris Svensson, Hillevi, driver nätverket Kontinet, 0707-70 08 15. (29/11-11)
 Hammarström, Margareta, verksamhetschef kvinnokliniken, Södersjukhuset, 0704-84 10 01. (28/11-11)
 Karin, case - redovisar ej telefonnummer på grund av anonymitet. (30/11-11)
 Ladfors, Lars, förlossningsläkare, Sahlgrenska universitetssjukhuset (Mölndal), 0703-45 74 00.
 (1/12-11)

OCITERADE MUNTliga KÄLLOR:

Abascal, Gudrun, chefbarnmorska, BB Stockholm, 08-655 63 55, (28/11-11)
 Ask, Jakob, statistiker, Patientförsäkringen LÖF, 08-55 10 11 73. (2/11-11)
 Björklund, Claes Håkan, regioncheffläkare, Västra Götalandsregionen, 0722-02 59 22. (2/11-11)
 Dahl Fransson, Helené, projektledare, Socialstyrelsen, 0752-47 30 00. (31/10-11)
 Edholm, Christina, förvaltningschef, Patientnämnden i Region Skåne, 044-309 33 08. (2/11-11)
 Einarsson, Eva, gynekolog, Strandkliniken i Stockholm, 08-21 91 91. (18/11-11)
 Elfström, Anders, vd, produktionsbolaget Filt, 08-50 11 0120. (17/11-11)
 Eliasson, Charlotte, artikelförfattare och konstnär, 0736-42 78 69. (9/11-11)
 Forslund, Birgitta, person med stort kontaktnät av barnmorskor, 0703-19 45 29. (7/11-11)
 Gottvall, Karin, utredare och statistikskunnig, Socialstyrelsen, 075-247 38 99. (1/11-11)
 Gyllin, Meta, legitimerad mag- och tarmläkare, Södertälje sjukhus, 08-55024351. (22/11-11)
 Hansson Risberg, Eva, handläggare, Stockholms läns landsting, eva.hansson-risberg@sl.se. (2/11-11)
 Heed, Katarina, barnmorska, Sahlgrenska universitetssjukhuset (Östra), 0736-49 48 71. (9/11-11)
 Hellströmmer, Helen, informationsansvarig, Södersjukhuset, 08-616 10 76. (17/11-11)
 Hemlin, Carolina, artikelförfattare och chefredaktör för tidningen Ottar, 0704-15 05 04. (2/11-11)
 Häggqvist, Silvana, kolorektallab, Sahlgrenska universitetssjukhuset (Östra), 031-343 40 00. (1/12-11)
 Höög, Karolina, barnmorska ansvarig för förlossnings-/abortstatistik på Lafa, 08-737 35 38. (2/11-11)
 Jernbeck, Jan, plastikkirurg och grundare av Akademikliniken, 0705-17 03 80. (28/11-11)
 Koivumaa, Natasha, uroterapeut och barnmorska, Sunderby sjukhus, 0920-28 30 24. (28/11-11)
 Larsson, Erica, reporter, Uppdrag granskning, 0920-23 99 56. (10/11-11)
 Lindell Olsson, Monica, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting, 08-123 134 44.
 (2/11-11)
 Nesselrot, Jonathan, pressekreterare, Västra Götalandsregionen, 0722-02 59 22. (2/11-11)
 Nordin, Henrik, statistiksamordnare, Socialstyrelsen, 075-247 34 58. (9/11-11)
 Olsson, Ann, barnmorska & forskare, Danderyds sjukhus, 08-524 824 06. (28/11-11)
 Ottosson, Gun-Britt, barnmorska, Linnéstadens sex-/samlevnadsmottagning, 031-24 60 30. (21/11-11)
 Pettersson, Malin, Patientnämnden i Region Skåne, 0770 - 11 00 10. (2/11-11)
 Registratör för hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms läns landsting, 08-123 132 00.
 (1/12-11)
 Wallström, Gerald, verksamhetschef kvinnokliniken, Kärnssjukhuset i Skövde, 0500-43 10 00.
 (11/11-11)

MUNTliga KÄLLOR (telefonenkäter ringda mellan 16.11.2011 – 22.12.2011)

Ahlbin, Lena, verksamhetschef kvinnokliniken, Centrallasarettet i Västerås, 021-17 32 88.
 Algovik, Michael, verksamhetschef kvinnokliniken, Västerviks sjukhus, 0490-86 000.
 Angelsjö, Lisbet, verksamhetschef kvinnokliniken, Länssjukhuset i Kalmar, 0480-813 77.
 Anonym, förlossningsbarnmorska, Skellefteå lasarett, 090-78 59 143.
 Bottinga, Roger, överläkare kvinnokliniken, Södertälje sjukhus, 08-550 240 00.
 Böj, Serney, verksamhetschef kvinnokliniken, Södra Älvsborgs sjukhus, 033-616 17 23. (Ej svarat på enkät)
 Edvinsson, Lisbeth, avdelningschef på förlossningen, Värnamo sjukhus, 0370-69 73 44.
 Ekholm, Elisabeth, verksamhetschef kvinnokliniken, Norrlands Universitetssjukhus, 090-785 04 77.
 Erlandsson, Helena, överläkare, Sollefteå/Kramfors sjukvårdsdistrikt, 0620-19 332.
 Erström, Agneta, biträdande vårdenhetschef, Mälarsjukhuset, 016-10 30 00.
 Falk, Anneli, vårdenhetschef, Sahlgrenska universitetssjukhuset (Östra), 031-343 41 45.
 Florell, Rein, verksamhetschef kvinnokliniken, Örnsköldsviks sjukhus, 0660-893 60.
 Fryklund, Nils, verksamhetschef kvinnokliniken, Centrallasarettet Växjö, 0470- 58 80 00.

Gunnervik, Christina, verksamhetschef kvinnokliniken, Värnamo sjukhus, 0370-69 73 15.
 Gustafsson Borg, Birgitta, verksamhetschef, Länssjukhuset Ryhov, 036-32 14 21. (Ej svarat på enkät)
 Hammarström, Margareta, verksamhetschef kvinnokliniken, Södersjukhuset, 0704-84 10 01. (28/11-11)
 Herbst, Andreas, överläkare kvinnokliniken, Skånes universitetssjukhus (Malmö), 040-33 21 42.
 Hjelm, Ann, verksamhetsansvarig kvinnokliniken, BB Stockholm, 08-655 78 88.
 Hoglert, Iréne, verksamhetsansvarig kvinnokliniken, Östersunds sjukhus, 0631-53 39 45.
 Igström, Lotta, chef på förlossningen, Universitetssjukhuset Örebro, 019-602 12 73.
 Isberg, Assar, medicinskt ansvarig förlossningskliniken, Norrlands Universitetssjukhus, 090-785 00 00.
 Israelsson, Anette, enhetschef kvinnokliniken, Karlskoga Lasarett, 0586-667 15. (Ej svarat på enkät)
 Johansson, Ylva, förlossningsbarnmorska, Kärnsjukhuset i Skövde, 0500-43 10 00.
 Karlsson, Bengt, områdeschef, Varberg sjukhus, 0340-48 10 00. (Ej svarat på enkät)
 Lantz, Inger, verksamhetschef kvinnokliniken, Länssjukhuset Gävle-Sandviken, Hudiksvalls sjukhus, 0706-02 15 41.
 Lindgren, Rikard, verksamhetsansvarig, och sekreterare Vistrand-Hultman, Kerstin, Centralsjukhuset i Karlstad, 054-61 50 00.
 Lingman, Göran, Skånes universitetssjukhus (Lund), 0707-87 43 58.
 Moraiti, Evangelina, verksamhetschef kvinnokliniken, Lycksele lasarett, 0950-390 29.
 Mäsel, Alf, överläkare kvinnokliniken, Helsingborgs lasarett AB, 042-406 10 00.
 Nordberg, Eva, överläkare kvinnokliniken, länssjukhuset i Halmstad, 035-13 10 00.
 Ottosson, Ulrika, verksamhetsansvarig kvinnokliniken, Östergötland Linköping/Norrköping, 019-10 433 24.
 Pettersson, Margareta, verksamhetsansvarig kvinnokliniken, Nyköpings lasarett, 0155-24 50 00.
 Pirttilä, Ingela, enhetschef, Länssjukhuset Sundsvall, 060-18 15 30. (Ej svarat på enkät)
 Pohjanen, Anna, länschef, Sunderby sjukhus/Gällivare lasarett: 0920-28 20 00.
 Roche, Eva-Britta, ansvarig läkare vid förlossningen, Falu lasarett, 023 - 49 20 00.
 Schyllert, Birgitta, barnmorska, Ystad Lasarett, 0411-99 50 00.
 Stale, Håkan, verksamhetsansvarig kvinnokliniken, Centrallasarettet Kristianstad, 044-309 10 00.
 Stenbeck, Marita, avdelningschef förlossningen, Blekingesjukhuset, 0455-73 10 00.
 Sultan, Bo, verksamhetschef kvinnokliniken, Akademiska sjukhuset i Uppsala, 018-611 57 97.
 Tiefenthal, Malena, verksamhetschef kvinnokliniken, Höglandssjukhuset i Eksjö, 0381-357 17. (Ej svarat på enkät)
 Van Rooijen, Marianne, verksamhetschef kvinnokliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, 0739-66 08 63.
 Wennberg, Anne, verksamhetschef kvinnokliniken, Norra Älvsborgs Länssjukhus, 0520-918 09.
 Östlund, Eva, sektionschef kvinnokliniken, Danderyds sjukhus, 08-123 550 00.

SKRIFTLIGA KÄLLOR: böcker, forskning, media, rapporter.

Ahlberg, Kerstin, *Din upphovsrätt och andras*, Norstedts akademiska förlag, 2008.
 Aldrig mer CSK (insändare), *Att föda barn år 2011 - sanktionerad tortyr*, Wärmlands folkblad, 03.09.2011
 Eliasson, Charlotte, *Vem bryr sig om en fitta?* Arena, nummer 5, 2005.
 El Rafie, Yasmine, *Födande kvinnors skador kan halveras*, Dagens Nyheter, 12.12.2005.
 Eva-Maria, *Din Barnmorska*, <http://eva-maria.dinbarnmorska.se/>, 2011.
 Gahnertz, Josefin och Lilja, Merita, *Komplikationer efter perinealbristning grad I och 2*, examensarbete, barnmorskeprogrammet, Karolinska institutet, 2010.
 Hanson, Nils, *Grävande journalistik*, Ordfront, 2009.
 Haufmann, Susanna, *Intimkirurgi*, Doktorn, nummer 3, 2005.
 Hemlin, Carolina: *Sprucket sexliv*. Arena, nummer 5, 2010.
 Jan Zetterström, Stockholms läns landsting, *Regionalt vårdprogram*, 2008.
 Johnsdotter, Sara, professor vid Malmö högskola, mail från sara.johnsdotter@mah.se, 01.11.2011.
 Jonsson, Lena, *Fick svår förlossningsskada - Anmäler Kärnsjukhuset till Socialstyrelsen*, Skaraborgs Allehanda, 08.04.2011.
 Odolfors, Hanna, *Förlossningsvården ses över i hela landet*, Dagens medicin, 27.08.2008.
 Olsson, Ann, *Sexual life after childbirth and aspects of midwives counselling at the postnatal check-up*, akademisk avhandling, Karolinska institutet, december 2009.
 Patientförsäkringen LÖF, Anmälda skador per landsting, telefon: 08-551 010 00, www.patientforsakring.se/Anmalda-skador-per-landsting.html.
 Socialstyrelsen, *Jämställd vård? Könsperspektiv på hälso- och sjukvården*, mars 2004.
 Socialstyrelsen, *Lägesrapport 2011 hälsa sjukvård och socialtjänst*, februari 2011.

Socialstyrelsen, Medicinska registret, 1973-2008, 2009.
Socialstyrelsen, Statistikdatabasen, använd under oktober 2011 till och med januari 2012.
Svenska Barnläkarföreningens neonatalförening: www.blf.net/neonatal/index.htm.
Svenska Barnmorskeförbundet: www.barnmorskeforbundet.se.
Svenska Barnmorskeförbundets tidskrift, *Jordemodern*, nummer 3 och 4, 2008.
Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, *Kvinnoklinikernas årsrapport 2010*, 31.10.2011.
Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, www.sfog.se.
SVT, Rapport, *Svåra förlossningsskador fördubblade*, 24.09.2006.
TT, *Säkrare att föda hemma*, 26.05.2011.

BILAGA 1: ENKÄTFRÅGOR

Telefonenkät till verksamhetsansvariga på kvinnokliniker med förlossningsverksamhet

Hej, Jag heter Julia och studerar på journalistprogrammet vid Göteborgs universitet. Jag gör ett examensarbete om förlossningsskador och jag har några enkätfrågor att ställa till dig angående riktlinjer för perinealbristningar. (Frågorna är en del av en större undersökning och därför är det viktigt att du som verksamhetsansvarig tar dig tid att besvara dem).

Har ni skriftligt utarbetade riktlinjer specifikt för förebyggande av perinealbristningar grad tre och fyra?

- Ja/ Nej?
- Om Ja: Hur länge har riktlinjerna funnits?
- Om Nej: Varför finns det inga riktlinjer?

Har ni skriftligt utarbetade riktlinjer specifikt för användning av perinealskydd?

- Ja/ Nej?
- Om Ja: Hur länge har dessa riktlinjer funnits?
- Hur ofta används perinealskydd?
I alla förlossningar/ I mer än två tredjedelar/ I mer än hälften/ I mindre än hälften/ I en tredjedel/ I ett fåtal/ Vet ej
- Om ej alltid, varför används perinealskydd inte vid alla förlossningar?
- Om Nej: Varför finns det inga riktlinjer för användning av perinealskydd?

Har ni ett utarbetat skriftligt dokument med riktlinjer specifikt för uppföljning av patienter med perinealbristningar grad tre och fyra?

- Ja/ Nej?
- Om Ja: Hur länge har riktlinjerna funnits?
- Hur ser riktlinjerna ut?
- Om Nej: Vad händer då med de patienter som drabbats av perinealbristningar av grad tre och fyra?
- (Hur går man då tillväga hos er?) Hur bedömer ni om behandling behövs?
- (individuellt?) Hur bedömer ni vilken behandling som ska ges?

Har ni förändrat något i era rutiner sedan antalet perinealbristningar av grad tre och fyra uppmärksammades 2004?

- Ja/Nej?
- Om ja, Vad har ni förändrat?

I statistiken från (Kvinnoklinikernas årsrapport) 2010, över perinealbristningar av grad tre och fyra har ni en andel på X% (placering nr X av 43, sjukhus i statistiken). Vad säger du om det?

Skulle du kunna skicka dokumenten med skriftliga riktlinjer till mig?

BILAGA 2: NYHETSMANUS

Presentationsform: Nyhetsinslag för radio. 2,05 minuter.

Rubrik: Stort mörkertal av förlossningsskador.

Påa: Varje år diagnostiseras 3000 kvinnor av den allvarliga förlossningsskadan sfinkterruptur. Men nu visar en ny granskning att många skador aldrig upptäcks i vården och att det finns ett stort mörkertal. Det visar en undersökning som journaliststudenter vid Göteborgs universitet har gjort. Margareta Hammarström, verksamhetschef på Södersjukhusets kvinnoklinik, bekräftar problemet.

Manus:

– (MARGARETA HAMMARSTRÖM:) Det finns förmodligen ett stort mörkertal av bäckenbottensskador där vi inte hittar skadorna. Och de kvinnorna drabbas ju på ett annat sätt eftersom de inte har haft en chans att få korrekt behandling, säger Margareta Hammarström.

(PRATA1)

En sfinkterruptur är en förlossningsskada. Den uppstår när ringmuskeln skadas eller helt går av när kvinnan spricker från underlivet till analen. Trots att 32 av Sveriges 44 kvinnokliniker svarar att de har skriftliga riktlinjer för eftervård av patienter som drabbats av sfinkterruptur, finns ett stort mörkertal av skador som inte upptäcks. Det visar en undersökning som journaliststudenter vid Göteborgs universitet har gjort. En av de drabbade som hamnat mellan stolarna är småbarnsmamman Karin.

– (KARIN:) Det här hade man ju inte kunnat föreställa sig. Jag kände mig jättesjuk. Nej det var liksom fullt normalt. Jag kunde inte förstå varför jag hade så himla ont när det borde läka på en vecka. Och jag hade så jävligt ont så det gick inte att vara, och att det inte gick över, men det var ju också så kan det vara, jaha. Man tänker att åh om de åtminstone hade undersökt ordentligt, för det gjorde de ju inte, säger Karin.

(PRATA2)

Men Karin är inte ensam. 2010 diagnostiserades nästan 3000 kvinnor för sfinkterruptur efter förlossningen. Hur många kvinnor som egentligen drabbats vet inte vården. Mörkertalet beror på att det är svårt att diagnostisera, det säger Lars Ladfors förlossningsläkare på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg.

– (LARS LADFORS:) Efter en kvinna är förlöst så undersöker man alltid, förhoppningsvis, om det är något tecken på en sfinkterskada eller inte. Själva diagnostiken av sfinkterrupturer, det finns många grader i detta. Det finns total sfinkterruptur, då hela ändtarmen har gått av. Och till och med då slemhinnan inne i tarmen går av och då är det inget snack om saken. Men så finns dem här graderna. Man skriver att det går ett par trådar av en muskel eller så. Och det är en väldigt svår bedömning. Det gäller ju att undersöka varenda kvinna noggrant efter förlossningarna.

Ava: Sist hörde ni Lars Ladfors, förlossningsläkare på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. Före det hörde ni småbarnsmamman Karin, och av respekt för hennes situation används bara hennes förnamn. Reporter var Julia Peric.

BILAGA 3: REPORTAGEMANUS

Presentationsform: Radioreportage. 13,59 minuter.

Rubrik: Den inkontinenta förlossningsvården.

Påa: Att föda barn är för många den största och lyckligaste händelsen i livet. Och förlossningen, väntas således vara lyckans crescendo. Tiden därefter ska fyllas med bebismys och utflykter. Men för vissa kvinnor går inte allt som det ska under förlossningen och utflykterna byts ut mot smärta och social isolering. Du ska nu få höra ett reportage om det stora mörkertalet kvinnor som lever med en förlossningsskada. Vår huvudperson är småbarnsmamman Karin som är analinkontinent, ett handikapp hon fått efter att ha genomgått en vaginal förlossning.

Manus:

(INTRO med Karin och dotter:) (Pappersprassel och bebis säger mamma)

- Ojoj... (bebis hostar) Hihhi... Är det därför du skriker, dumma mamma. (Pappersprassel) Hon kan snabbt dregla ner papper så att dem blir helt uppluckrade. (bebis skrattar) Hihhi, jaa ingen ordning.

(PRATA 1)

Det här är Karin. Hon är 36 år och bor i en stad i Östra Sverige med sin sambo och elva månader (i jan) gamla dotter. På golvet i vardagsrummet sitter dottern och leker med en bit papper. På soffan sitter mamma Karin och önskar att saker och ting varit annorlunda. Karin lider av ett handikapp och har hamnat mellan stolarna.

– (KARIN:) Man hade ju ingen aning. Det här hade man ju inte kunnat föreställa sig. Man tänker åh vad skönt om de åtminstone hade undersökt ordentligt, för det gjorde de ju inte... Hon som är barnmorska ska ju skydda mellangården. Och det har hon ju inte gjort...

(PRATA 2)

För Karin blev förlossningen en livsomvälvande upplevelse. Men inte bara på det där fantastiskt lyckliga sättet. I samma stund som hennes älskade dotter kom till världen ådrog sig Karin en sfinkterruptur. Detta krångliga medicinska ord betyder att delar av ringmuskeln skadas eller att ringmuskeln helt går av när en födande kvinna spricker från vagina ända till analen.

– (KARIN:) Barnmorskan börja och titta och rota runt där nere. Och det gjorde jåkligt ont kan jag säga, bara det. Och sen dessutom så började man ju förstå själv då att det är ju någonting som inte stämmer. Det där är inte någon liten hudflik som har spruckit, utan nu är det något. Och sen gick hon och hämtade en annan barnmorska som bara kommer in och inte presenterar sig eller någonting för mig, inte säger någonting till mig eller vad hon ska göra, utan sätter igång, hon också, att undersöka och titta. Och de sitter där och diskuterar. Typ såhär ”Ja ser du det där? Nej jag kan inte se ordentligt, blöder. Och vad är det där då?” så att man blir fullständigt livrädd och tänker vad är det nu. Men samtidigt så tänker man att jag låter väl

dem arbeta ifred nu och dem kommer ju informera mig efteråt, naturligtvis. Men nej den andra barnmorskan gick iväg. Den här barnmorskan som hade förlöst mig, hon gick också iväg och kommer tillbaka med läkaren. Och läkaren och barnmorskan sitter båda två också och rotar runt utan att säga någonting till mig. Och ja diskuterar ”vad är det där, vad ska vi göra, ska vi sy det där eller vad är det, ja, nej blöder det eller inte?”, så. Och då fick jag liksom ropa på läkaren när hon typ var på väg ut igen, hallå hallå vad gör ni, vad är det för någonting? ”Nej, det var ingen fara...” Och då tänkte jag att då var det väl ingen fara då, vad skönt.

(PRATA 3)

Det var ingen fara sa läkaren till Karin. Men det var det. Det var här, i undersökningen efter förlossningen, som läkarna och barnmorskorna missade att upptäcka Karins spruckna ringmuskel. Du kanske aldrig har hört talas om att man kan drabbas av det, som på läkarspråk heter sfinkterruptur, men tyvärr är det vanligare än man kan tro.

Dom som drabbas kan få svåra besvär och en vanlig följd är att man blir inkontinent, vilket innebär att man läcker gas, urin eller avföring okontrollerat.

Karin drabbades av den mest livsinskränkande sorten och blev analinkontinent. Men eftersom hon födde i januari 2011 så är livet med inkontinens relativt nytt för henne.

En som levt inkontinent betydligt längre är Hillevi Caris Svensson som födde en son för 14 år sedan. Hillevi fick urin ansträngningsinkontinens Å vi hör henne berätta om hur livet förändrades.

– (HILLEVI:) Jag märkte redan efter tre månader att det inte var riktigt som det skulle. Och efter ett halvår kände jag att det här är något som är galet. Men ändå hade jag fått en information att det var åldersrelaterat mer. Så jag tyckte att det här var jättejobbigt. Jag var den första tjejen i tjejgänget som fick barn. Min kille, som jag numera är gift med, han var ju yngre än mig och jag var ju livrädd att han skulle lämna mig för att han skulle tycka att jag var ofräsch. Och det gick ju så långt så jag putta ju bort honom med sex och allting, det var liksom ingenting alls sådant som man ville göra för man läckte ju även då. Och träning, jag var ju instruktör då, och jag kunde inte träna. Jag kunde inte vara ute och gå med hundarna eller ute med Mackel i barnvagnen för man var blöt ner till knäna. Sen när jag flytta ner hit till Stockholm så har man ju varit butikschef och dekoratör och man har jobbat väldigt mycket i miljöer där det rör sig väldigt mycket människor och man har aldrig varit ensam riktigt. Så det var hela tiden att man kände att nej jag kunde inte sköta mitt jobb som butikschef. För ibland när halva dagen hade gått slut så var mitt ombyte slut och jag köpte inget inkontinensskydd för jag ville absolut inte visa att jag hade problem. Utan då köpte jag ju vanliga trosskydd och de har ju inte samma uppsugningsförmåga så man använde typ femton stycken på en dag. Och när de var slut fick jag ju lov att åka hem. Så det slutade med att jag inte kunde jobba på mitt jobb riktigt ordentligt... och jag sa upp mig. Och jag vägrade ju säga, för då hade man ju två yngre killar som chefer. No Way jag hade aldrig berättat det för dem, utan jag sa upp mig helt enkelt. Och det gick fyra år. Jag höll på att förlora Tony för att han trodde att jag hade en annan. Jag jobbade inte för att jag inte kunde, jag tappade kontakten med kompisarna för att jag hittade på massor av grejer för att jag inte ville utsätta mig för att läcka. Jag tyckte det var så jobbigt. Och sen så hamnade vi hos en familjeterapeut och det var där allting lossnade.

(PRATA 4)

Så kan livet med inkontinens se ut. En vanlig följd för de som spruckit hela vägen. Det finns tekniker för att förebygga sfinkterrupturer och i de fall som det ändå händer kan det gå att operera. Men hur många drabbas av sfinkterruptur? (Bladderljud) För att svara på det vänder jag mig till Svensk förening för obstetrik och gynekologi. Dom har samlat statistik i något som heter Kvinnoklinikernas årsrapport. I 2010 års rapport kan man se att det på 43, av landets samtliga 44 förlossningskliniker, skedde totalt 94'734 vaginala förlossningar. I rapporten kan också man läsa att det i genomsnitt var 2.97 % av de vaginala förlossningarna slutade med sfinkterruptur. Med andra ord diagnostiserades nästan 3000 kvinnor för sfinkterruptur 2010.

3000 kvinnor. Måste så många verkligen drabbas av den här allvaliga förlossningsskadan? För att ta reda på hur det i praktiken ligger till var det bästa sättet att ringa och prata med alla 43 kvinnokliniker som i rapporten redovisade hur många skador de hade. En övervägande majoritet svarar att det går att sänka antalet skador på deras klinik. Vi förflyttar oss till Södersjukhuset i Stockholm och Margareta Hammarströms kontor. Hon är verksamhetschef på kvinnokliniken och 2010 hade hennes klinik flest diagnostiserade sfinkterrupturer i landet.

– (MARGARETA – startar dock med reporterröst:)

Här ligger Södersjukhuset högst upp i statistiken med då 5.57 procent av alla vaginala förlossningar vilket blir ungefär 320 fall av allvarliga förlossningsskador, det är nästan en per dag det året. Varför ser statistiken ut som den gör här, just det året?

– Jag tror och hoppas att det är så att alla medarbetare är så noga med att leta efter skador så att vi ligger högt därför. Att bara rapportera frekvens innebär ju att om jag rapporterar en låg frekvens så kanske vi har missat ganska många, och rapporterar jag en hög frekvens så har jag hittat många. Jag önskar att vi kunde göra mycket mer i den här frågan och att det var en mycket större fråga över lag. Det finns förmodligen ett stort mörkertal där vi inte hittar skadorna och de kvinnorna drabbas ju då på ett annat sätt eftersom de inte har haft en chans att få en korrekt behandling efter förlossningen.

(PRATA 5)

Margareta Hammarström säger att det är svårt att upptäcka sfinkterrupturer och konstaterar att det finns jobb kvar att göra för att komma till rätta med mörkertalet. Efter att ha ringt och pratat med 43 av Sveriges 44 kvinnokliniker, visar det sig att hela 32 kliniker har skriftliga riktlinjer för eftervård av sfinkterrupturpatienter. Men trots att alla kvinnor undersöks direkt efter förlossningen och trots att de som fått skador följs upp – så finns det stora mörkertal.

Bland kvinnorna i mörkertalet är det få som vågar prata om sitt förstörda underliv, sitt uteblivna sexliv och sin oförmåga att själv kontrollera gas, urin eller avföring. Men Karin vågar. Och hon berättar att inte ens mödravårdscentralen, några veckor efter förlossningen, upptäckte hennes problem.

– (KARIN:) Jag ringde till min barnmorska jag var besök till barnmorskan och sa dels att jag tycker att jag blöder så mycket, att det luktade väldigt illa och det stämmer inte. Jag kände

mig jättesjuk. Men nej det var liksom fullt normalt. Och sen hade jag ju jättemycket problem med min bristning också. Jag kunde inte förstå varför jag hade så himla ont när det borde läka på en vecka. Och jag hade så jävligt ont så det gick inte att vara, och att det inte gick över, men det var ju också så kan det vara, jaha...

(PRATA 6)

Att sfinkterrupturer inte upptäcks från början kan bero på flera saker. Det förklarar en välorienterad förlossningsläkare vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. Vi hör Lars Ladfors.

– (LARS LADFORS:) För det första så är det ju så att sfinkterrupturer sker ju alltid vid en vanlig förlossning eller en sugklockeförlossning. Kan ha lite olika orsaker, ofta är det lite mer bråttom då och lite mer stressad situation. Och efter en kvinna är förlöst så undersöker man alltid, förhoppningsvis, om det är något tecken på en sfinkterskada eller inte. Och det är en väldigt svår bedömning. Själva diagnostiken av sfinkterrupturer, inte lätt alltså... det är inte som ett kejsarsnitt, så att antingen har man gjort ett kejsarsnitt eller inte, utan det finns många grader i detta. Det finns total sfinkterruptur, då hela ändtarmen har gått av. Och till och med då slemhinnan inne i tarmen går av och då är det inget snack om saken. Men så finns dem här graderna. Man skriver att det går ett par trådar av en muskel eller så. Det gäller ju att undersöka varenda kvinna noggrant efter förlossningarna.

(PRATA 7)

Diagnostiseringen är svår och mörkertalet är ett faktum. Därför ska vi stanna upp och backa ett steg. Kvinnoklinikernas årsrapport visar att det under ett år diagnostiserades drygt 3000 allvarliga förlossningsskador. Utanför statistikens strama ramar är problemet mycket större. Hur många kvinnor som efter sin förlossning lider av en sfinkterruptur kan varken vården eller någon annan säga. Småbarnsmamman Karin är bara en i mängden. Vi återvänder till en lägenhet i Östra Sverige där purén klär golvet när Karin matar sin dotter. Hon är lite trött. Sfinkterrupturen och den skamfyllda inkontinensen är inte lätt att prata om, varken med vården eller någon annan. Att återberätta alla upplevelser och känslor har tagit på krafterna.

– (KARIN:) Man hade ju ingen aning. Det här hade man ju inte kunnat föreställa sig. Man tänker åh vad skönt om de åtminstone hade undersökt ordentligt, för det gjorde de ju inte... Hon som är barnmorska ska ju skydda mellangården. Och det har hon ju inte gjort. Det går ju inte en dag utan att man tänker på det där och går igenom hela förloppet och... varför liksom, och varför var jag inte mer påläst och tänk om jag hade sagt någonting eller vetat mer eller... Och så hade det här kanske inte hänt. Och nu känner man ju liksom, åh! Vad naiv jag var som litade på att faktiskt vården tar hand om en på bästa sätt och att man själv inte måste kolla upp precis var enda moment av förlossningen och vad som kan hända och tänka igenom var enda scenario. För det är ju nästan omöjligt. Man måste ju på något vis lita på dem, man har ju nästan inget annat val. Och nu vet ju inte jag vad som händer utan nu sitter jag på väntetid till kirurgmottagningen, och sen efter det så ska det liksom tas något beslut om vad som kan göras, om det kan opereras eller hur det blir. Att det inte ska behöva drabba såhär många i framtiden, det är det man hoppas. För man har ingen aning om, liksom, hur lång kampen blir.

Ava:

Karin som medverkade i reportaget har valt att inte uppträda med sitt efternamn. Av respekt för Karins situation används därför bara hennes förnamn.

Musiken i reportaget var Månskenssonaten av Ludwig van Beethoven.

Ni hörde precis reportaget "*Den inkontinenta förlossningsvården*" av Julia Peric.